ITEM 50 : PATHOLOGIE GÉNITO-SCROTALE
ITEM 289 : HERNIE PARIETALE CHEZ L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique de chaque item est traitée ici.
La fiche intégrable est traitée en urologie (50) / HGE (289).

Pathologie génito-scrotale = ensemble des atteintes acquises ou congénitales, organiques ou fonctionnelles du testicule, du scrotum, de la verge et du prépuce. Distinguées selon le site, les signes d'appel et la chronologie d'installation :

Site et signe	Acquis			Congénital
	Brutal	Rapide	Progressif	
Tuméfaction de la bourse		- Orchi-épididymite - Torsion ancienne surinfectée	- Tumeur testiculaire - Hydrocèle - Hernie simple - Kyste du cordon	- Hernie par persistance du canal péritonéovaginal
Vacuité de la bourse				- Ectopie testiculaire - Cryptorchidie
Douleur/gêne scrotale	- Torsion du cordon - Fracture testiculaire - Hernie étranglée - Torsion de l'hydatide sessile	- Orchi-épididymite - Fasciite nécrosante des OGE - Tumeur testiculaire compliquée	- Varicocèle	
Pathologie péniennes	- Fracture des corps caverneux		- Tumeur de la verge	- Micropénis - Ambiguïté sexuelle
Pathologies urétrales	- Fracture de l'urètre	- IST	- Sténose urétrale - Sténose du méat - Tumeurs urétrales	- Anomalie de la position du méat : hypo/épispadias
Pathologies préputiales	- Paraphimosis - Rupture du frein	- Balanoposthite	- Phimosis	- Phimosis - Brièveté du frein
Troubles de l'érection	- Priapisme		- Dysfonction érectile - Maladie de Lapeyronie	

Pédiatrie

Chez l'enfant : pathologies souvent liées au **processus vaginal** = canal péritonéal (garçon) / canal de Nück (fille)
. Evagination du péritoine physiologique chez tout fœtus
. Oblitération habituelle en fin de grossesse
. En cas de défaut d'oblitération : possible **hernie inguinale, hydrocèle, kyste du cordon**…
→ Pathologies variables selon **l'âge** (parfois 1°mois de vie, ou plus tard). **Diagnostic clinique, écho inutile**

HERNIE INGUINALE NON-COMPLIQUEE

= Issue de structure viscérale à travers un orifice normal (zone de faiblesse anatomique de la paroi)
- Pathologie congénitale fréquente par persistance du canal péritono-vaginal, prédominant chez le garçon
- **Tuméfaction inguinale intermittente**, bruits intestinaux audibles
- Hernie « **inguinale** » si dans le canal inguinal, « **inguino-scrotale** » si dans la bourse (DD hydrocèle)
- Possible **hernie ombilicale** : bombement du nombril (+aux pleurs/à la toux), diminution spontanée <3 ans, pas d'indication opératoire avant même si volumineuse (faible risque d'étranglement)
- Pas d'imagerie (HAS 2018)

Garçon

- **Testicule homolatéral** palpé dans la bourse
- Tuméfaction inguinale **indolore**, oblongue, molle indolore, augmente à l'effort (permet le DD avec une adénopathie / ectopie testiculaire)
- **Réductible** en poussant en haut/en dehors (le long du canal inguinal)

Fille < 1 an

= **Hernie de l'ovaire** :
- Tuméfaction oblongue, dure, roule sous le doigt
- Possible réduction (ne pas forcer), sinon à laisser en place en attendant la chirurgie

PEC

- **TTT chirurgical rapide** après le diagnostic **(++ si hernie de l'ovaire)** : indication constante chez l'enfant en raison d'un risque d'étranglement +important que chez l'adulte
→ Fermeture du canal péritonéo-vaginal
- **Prévient l'étranglement** (risque d'ischémie intestinale et gonadique) : hernie douloureuse, irréductible, non-impulsive à la toux, +/- tableau d'occlusion intestinale

HYDROCÈLE VAGINALE

= Epanchement liquidien dans la vaginale testiculaire : accumulation de liquide dans une poche cloisonnée, intra-vaginale et englobant le testicule
- *Chez l'enfant* : **hydrocèle communicante** due à la **persistance du canal péritonéovaginal** : canal péritonéal fin permettant uniquement le passage de liquide (pas d'anse digestive ≠ hernie)
- *Chez l'adulte* : ***hydrocèle non communicante**, idiopathique ou réactionnel (infection, torsion, cancer, traumatisme)*

Kyste du cordon : poche cloisonnée identique extravaginale, communiquant via le canal péritonéo-vaginal : même physiopathologie mais abouchement plus haut : **tuméfaction au-dessus du testicule** (et non autour)

Diagnostic

- **Gêne** à type de **pesanteur** (et esthétique)
- **Augmentation de volume de la bourse**, indolore, **transilluminable**, unilatérale, permanente
- Orifice herniaires libres, cordon spermatique normal, testicule souvent non palpable (volume liquidien trop important)
- **Caractère communicant** chez l'enfant : majorée par la position debout, possibilité de chasser le liquide par pression
  ↳ Intermittente, de volume variable dans la journée, +/- hernie inguinale associée
- Possible **mise sous tension brutale** (lors d'une infection virale) : douleur, peau bleutée : attention au DD de hernie étranglée / torsion du cordon spermatique

DD	**Kyste** du cordon : tuméfaction au-dessus du testicule, indépendante, lisse, parfois bleutée, molle, indolore, ± réductible - Si transillumination négative : tumeur testiculaire, hernie inguinoscrotale, hématocèle…
Echo	Possible si **doute diagnostique** avec un kyste du cordon / si **hydrocèle aigue** (volumineuse et sous tension) : - Elimine un DD de hernie étranglée / torsion testiculaire / tumeur du testicule **- Hydrocèle** : épanchement anéchogène dans la vaginale entourant le testicule

TTT

- Aucune urgence thérapeutique
- Fermeture spontanée fréquente avant **3 ans**
- **TTT chirurgical** par voie inguinale programmée si persistance **> 3 ans** : **ligature du canal péritonéovaginal**

CRYPTORCHIDIE

= **Anomalie de migration embryologique** du testicule : arrêt de migration sur le trajet normal, souvent unilatérale (80%)
- Normalement formation du testicule dans l'abdomen à partir de la gonade primitive dès 5 semaines puis migration à travers l'abdomen & le canal inguinal pour atteindre le scrotum au dernier trimestre
- La présence des 2 testicules en position normale est recherchée à la naissance, surtout chez les prématurés
  ➞ Possible migration spontanée dans le scrotum jusqu'à **4-6 mois**
  ➞ Puis ne migre plus : testicule non-descendu congénial chez **1-2% des garçons**
- Malformation congénitale génitale la plus fréquente chez les garçons : plus fréquente chez les prématurés. Bilatérale dans **10-20%** des cas.
- ≠ Ectopie testiculaire : testicule en dehors du trajet physiologique de migration (localisation périnéale, fémorale, pubo-pénienne, intrascrotale controlatérale), possiblement observée lors d'un traumatisme scrotal (luxation)

Diagnostic

- Diagnostic clinique, **échographie inutile**
- Examen avec douceur, mains réchauffées, enfant sur le dos jambes semi-fléchies (relâchement musculaire complet) : palpation à 2 mains (main supérieure appuyant sur la paroi abdominale, main inférieure remonte à partir du scrotum)
- **Palpation impossible du testicule dans le scrotum**, parfois palpable à l'orifice inguinal = vacuité de la bourse
- Si testicule palpable : préciser la position (spontanée & après manipulation), volume, consistance (normal, atrophique/mou)
- Evaluer le volume du testicule et rechercher une **hypertrophie controlatérale** compensatrice
- Si bilatérale : rechercher un **hypospadias** ou un **micropénis** (**ambiguïté sexuelle**) ➞ **bilan hormonal** en urgence **et caryotype** (éliminer une anorchidie ou un trouble de différenciation sexuelle : 46XX)
- **Pas d'imagerie indiquée** (HAS 2018) : si testicule non-palpable, adresser l'enfant à un chirurgien pédiatrique
- Recherche d'un **hypogonadisme hypogonadotrope congénital** associé ou non à d'autres déficits antéhypophysaires (hypopituitarisme congénital) : micropénis, ictère prolongé, hypoglycémies => **urgence diagnostique et thérapeutique chez le nouveau-né**

DD	- **Testicule oscillant ou ascenseur** (chez l'enfant) : testicule très mobile sous l'effet du crémaster, s'abaisse lorsque l'enfant est détendu : fréquent après 6 mois, parfois jusqu'à la puberté, sans besoin de traitement - Attention : possible **forme acquise** de testicule non-descendu : testicule en pace à la naissance puis remonte progressivement (survient en contexte de testicule oscillant)

Risques

➞ Dysgénésie gonadique toujours associée
- **Cancer du testicule** (risque faible mais plus élevé) : surveillance et diagnostic difficile
- **Hypofertilité** (température abdominale non adaptée) : risque après chirurgie de 30-50% si bilatérale, 10% si unilatérale
➞ Hypofertilité = enjeu majeur de la PEC (++si forme bilatérale)
- **Hernie inguinale** souvent associée (persistance du canal péritonéovaginal)
- **Pathologies testiculaires classiques (torsion du cordon, orchi-épididymite, traumatisme)** ➞ diagnostic plus difficile

TTT	- Toute anomalie de migration testiculaire à la naissance = notée dans le carnet de santé, surveillé - Si bilatéral : avis spécialisé endocrinologique pédiatrique **- Chirurgie** (= référence) à partir d'un **1 an**, adresser à un chirurgien à partir de 6 mois : information sur le risque de récidive, de lésion du canal déférent et d'atrophie testiculaire . Testicule cryptorchide palpable : **abaissement testiculaire** par voie inguinale avec **fixation** par voie scrotale . Testicule non palpable : **laparoscopie exploratrice** puis abaissement chirurgical en 1 ou 2 temps (après ligature des vaisseaux spermatiques) - Surrisque de cancer (RR 30-40) même après chirurgie : autopalpation à vie recommandée (éducation thérapeutique)

PHIMOSIS

- Prépuce du nouveau-né non-rétractable : adhérences entre prépuce et gland et phimosis (sténose de l'orifice préputial)
- **Physiologique** dans l'enfance, évolution spontanément favorable le plus souvent : libération progressive des adhérences et élargissement de l'anneau préputial progressifs

Dg	- **Décalottage difficile** ou **impossible, douloureux** - **Aspect rétréci de l'orifice préputial**	
Complication	- Infections préputiales = **posthite/balanoposthite** : inflammation du prépuce +/- du gland : fréquentes++, dues à l'accumulation de smegma . Inflammation aigue du prépuce : œdème, douleur, rougeur . TTT par bains pluriquotidiens d'eau tièdes + antiseptique - **Lichen scléro-atrophique = phimosis acquis** par transformation scléreuse du prépuce (anneau blanchâtre) - **Troubles mictionnels** (dysurie, fuites, jet dévié)**, infections urinaires récidivantes** si serré, **poche préputiale** gonflée d'urine (/!\ surinfection), **globe**	
	Para-phimosis	= Striction de l'anneau préputial au niveau du sillon balanopréputial, avec formation d'un œdème du prépuce et du gland, recalottage impossible ➝ risque **d'ischémie artérielle** avec **nécrose du gland** - Mécanisme : - Petit enfant : décalottage forcé sur phimosis - Jeune adulte : oubli de recalottage (1er rapport sexuel) - Aspect clinique : prépuce œdémateux rétracté derrière le gland
		TTT : - **Réduction manuelle** (possible dans la majorité des cas) : après prémédication, compression du gland et du prépuce progressive mais lente à pleine paume (↘ œdème) ➝ pression continue sur le gland avec les 2 pouces ➝ bascule de l'anneau préputial vers l'avant - Si échec : **posthectomie** en urgence ou section de l'anneau préputial
TTT	- Phimosis congénital bien toléré : évolution favorable, **pas de TTT avant 3-4 ans** (*voire plus tard)* - Si **persistance >3-4 ans** : . 1° int : **corticothérapie locale** 1-2 fois/jour sur l'anneau de rétrécissement, pendant 6-8 semaines (70% de succès) . Si échec et persistance > 5-6 ans : **TTT chirurgical** : **plastie de prépuce** ou **posthectomie** (circoncision) - Si **phimosis compliqué** (infections répétées, lichen scléro-atrophique, paraphimosis) : TTT indiqué quel que soit l'âge	

ANOMALIES DU MEAT URETRAL

Position normale du méat urétral = à l'apex du gland (fossette naviculaire)

Hypospadias	= méat urétral sur la face ventrale de la verge ou derrière les bourses (au périnée) : sur le trajet de l'urètre (bulbaire, pénien, ou ++balanique) - Prépuce non-fermé ventralement : aspect « **en tablier de sapeur** » - Association à une **coudure de la verge**, observable à l'érection - **Purement fonctionnel/esthétique**, pas de trouble urinaire/érectile associé, fertilité normale
Epispadias	= méat urétral sur la face dorsale de la verge, de **siège variable** . **Péno-pubien / sus-pubien** (au col vésical, proximal++) : avec **extrophie vésicale** . **Pénien** (+distal) . **Balanique** (gland) : forme de 2 hémiglands séparés par une gouttière longitudinale ouverte dorsalement - Verge de calibre normale, courte / incurvée vers la paroi abdominale : **coudure dorsale** - Association à un **écartement +/- important du pubis et des muscles grands droits** de l'abdomen - **Troubles de la continence urinaire et troubles érectiles** si anomalie de la verge associée